

Hulda Wickman och Åsa Johansson

Självkänsla och KBT

- Påverkas självkänslan vid KBT för depression och ångesttillstånd?

Self-esteem and CBT

- How does CBT for depression and anxiety disorders affect the self-esteem?

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet

i kognitiv och beteendearbetad terapi

90 högskolepoäng

20140616 Termin 6

Handledare: Anders Hammarberg

Examinator: Torsten Norlander

Sammanfattning

Forskning visar att en hög andel av befolkningen lider av psykologiska svårigheter såsom låg självkänsla, sömnsvårigheter och beroendeproblematik och det är vanligt att drabbas av en depression eller ångeststörning. Syftet med föreliggande studie var att undersöka om individers självkänsla påverkas vid KBT-behandling för ångest- respektive depressionstillstånd. Dessutom studerades huruvida behandlingsframgång vid behandling av depression och ångeststillstånd har något samband med förändring av självkänsla. Deltagarna i studien var 52 utbildningspatienter vid ett psykoterapeutprogram och studentterapeuterna gav alla Kognitiv Beteendeterapi som behandlingsmetod. Patienterna hade sökt vård för psykisk ohälsa vid olika öppenvårdsmottagningar på primärvårdsnivå, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri samt habilitering. Resultatet visade en förbättring av självskattad självkänsla, depression och ångest efter genomgången KBT-behandling. Vidare visade resultatet även en korrelation mellan förbättring i självkänsla och minskad depression. Slutsatsen är att KBT för depression och olika ångestsyndrom är en effektiv och framgångsrik behandlingsmetod. KBT för depression har även god effekt på att förbättra självskattad självkänsla.

Nyckelord: Självkänsla, Kognitiv beteendeterapi, Ångest, Depression, Psykoterapiforskning

Abstract

Research has shown that a great part of the population suffers from psychological difficulties like low self-esteem, sleeping-problems and drug-problems. It is common with depression and anxiety-disorders as well. The aim with our study was to investigate if self-esteem is affected when patients are treated with cognitive behavioural therapy for anxiety and depression conditions. Furthermore the study aimed to investigate if treatment-success within treatment of depression and anxiety conditions has any correlation with shift in self-esteem. There were 52 participants in the study and they were patients included in the education program for psychotherapy. All the students who treated the participants worked with Cognitive behavioural therapy. The participants were recruited from different open clinics like primary clinics, psychiatry clinics for children, psychiatry clinics for adults and open clinic for adults with disabilities. The participants contacted the open clinics for different kinds of mental illness. The results showed an improvement of the participants self-reported self-esteem, levels of depression and anxiety after the CBT treatment. Further the results showed a correlation between improvement in self-esteem and decreased depression. In conclusion, CBT for depression and different anxiety disorders is an effective and successful treatment. CBT for depression has shown to increase the self reported self-esteem as well.

Key words: Self-esteem, Cognitive Behavioural Therapy, Anxiety, Depression, Psychotherapy research.

Förord

I vårt arbete som psykologer med barn- ungdomar och vuxna har vi ofta mött önskemålet hos våra patienter att få hjälp med att arbeta med en sviktande självkänsla. Det har väckt ett intresse för forskningsområdet kring självkänsla och gjort att vi valde att studera det närmare med inriktning KBT behandling för psykisk ohälsa.

Vi vill tacka båda våra respektive chefer Britt Nilsson, verksamhetschef för habiliteringen NSÖ och Rita Alp, verksamhetschef för BUP NSÖ, för möjligheten att gå denna 3-åriga psykoterapeututbildning, som varit en uppdragsutbildning för landstinget genomförd av Evidens, och att ni har förstått vikten och behovet av vidareutbildning av kompetens inom KBT-området för att tillgodose det behovet i landstinget och för patienter som söker vård. Varmt tack även till Evidens och de många kompetenta föreläsare och handledare vi fått förmånen att träffa genom utbildningen.

Tack till alla som tackat ja till att vara utbildningspatienter. Den aktuella studien har möjliggjorts tack vare svar på de självskattningsformulär ni genomfört kring ert psykiska mående under utbildningsterapierna.

Ett varmt tack till vår handledare Anders Hammarberg som varit ett stort stöd under hela processen och bidragit med sin erfarenhet, relevanta reflektioner och positiv feedback som fört arbetet framåt. Det har alltid varit både givande och roligt att få handledning av dig.

Vi vill också tacka varandra för ett fantastiskt gott samarbete. Det har varit ovärderligt att få bolla idéer och kunskap med varandra vilket har fördjupat vår egen förståelse för forskning och kunskapsområdet KBT inom psykisk ohälsa och om självkänsla.

Inledning

Varje år lider drygt en miljon svenskar i arbetsför ålder, eller 20 procent av arbetskraften av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2010). Därmed är psykisk ohälsa ett av de stora folkhälsoproblemen. En ansevärd del av de som drabbas får en depression eller någon ångeststörning. 25% av kvinnorna och 15% av männen kommer någon gång under livet att drabbas av en behandlingskrävande depression. För ångestsyndrom är motsvarande siffra 25% av befolkningen som kommer att drabbas av någon form av ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010).

En ännu högre andel av befolkningen lider av andra psykologiska svårigheter såsom låg självkänsla, sömnsvårigheter och beroendeproblematik (Fennell, 1999). Ett begrepp som används inom forskningen kring självkänsla är sviktande självkänsla och uppskattningsvis 30% av befolkningen bedöms lida av detta (Makower, 2008). På senare år har depression och olika ångesttillstånd allt oftare behandlats framgångsrikt med Kognitiv Beteendeterapi (KBT). Socialstyrelsen (2010) har rangordnat psykologisk behandling, framför allt KBT, högt vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom. KBT har nämligen visat sig ha god till mycket god effekt på symtom och funktionsnivå, både på kort och på lång sikt (Socialstyrelsen, 2010). KBT är en kombination av 1950-talets beteendeterapi och kognitiv terapi som från början utvecklades på 1960- och 70-talet som en behandlingsform för depression (Westbrook, Kennerly & Kirk, 2011). Sedan 1980-talet har forskare utvecklat så kallade kontextuella terapiformer som är grundade i empirisk forskning och fokuserar på den kontext där ett psykologiskt problem uppstår samt dess funktion. Exempel på sådana så kallade tredje vågens terapier är ACT, MBKT och DBT. Således är det en angelägen fråga för en betydande andel av befolkningen att utvärdera och förbättra behandlingarna för dessa tillstånd. Särskilt intressant är att studera ifall självkänslan påverkas av behandling för depression och ångest vilket föreliggande studie avser göra.

Definitioner av begreppet självkänsla. Melanie Fennell (1999) gör bland annat en distinktion mellan begreppen självförtroende och självkänsla och menar att begreppet självförtroende syftar till vad en person gör och hur en person lyckas med det hon föresatt sig att göra. Det kan röra sig om förmågor, sociala relationer etc. Begreppet självkänsla menar Fennell (1999) innebär en persons syn på sig själv och handlar om hur en person bedömer och värderar sig själv. Tanner och Ball (2014) diskuterar begreppen självaktning kopplat till självkänsla samt självförtroende och menar att självaktning är en individs syn på sig själv och hur individen bedömer sig själv. De lyfter fram att självaktningen har sin grund i värderingar och vad en individ har för åsikter om sig själv. Dessa har en viktig funktion kring hur en

individ ser på, uppfattar sig själv och reagerar i skiftande situationer som individen möter. Författarna menar vidare att självförtroende i sin tur handlar om hur en individ agerar och kring utförande i specifika situationer. Man menar att individens självförtroende ökar vid tillfällen när hon klarat saker som upplevts som svårt och krävande.

Morris Rosenberg (1965) som har utvecklat en självskattningsskala för bedömning av självkänsla beskriver begreppet självkänsla som att det handlar om attityder mot personen själv. En person med god självkänsla uppfattas enligt skalan som en person med synen på sig själv att hon ”duger som hon är”.

Motivationsteorier lyfter fram tre fundamentala mänskliga behov vars grad av uppfyllelse påverkar vårt mående och våra beteenden inom arbete, relationer och fritid. Dessa tre är kompetens, autonomi och tillhörighet. (Lindwall, 2011). Sammanfattningsvis kan man uttrycka det så att om man befinner sig i en kontext och ägnar sig åt aktiviteter där man känner att man är tillräckligt kompetent, där man har möjligheter att påverka och göra egna val samt där man känner en positiv tillhörighet så har man goda förutsättningar för en god självkänsla. (Lindwall, 2011).

Christine Neff (2003) beskriver sin syn på skillnaden mellan self-esteem (självkänsla) och self compassion (medkänsla) enligt följande: Self-esteem refererar till en uppfattad känsla av självvärde eller till hur mycket vi tycker om oss själva. Neff uttrycker att i den moderna västkulturen baseras ofta självkänsla på hur mycket vi skiljer oss från andra, och hur speciella vi är. Det anses inte vara bra att vara medelmåttig utan helst ska man vara över medel för att vara ok. Detta innebär enligt Neff att försök att höja självkänslan kan resultera i ett narcissistiskt, självabsorberat beteende. Det anses även kunna resultera i ett beteende att önska sätta sig över andra för att må bättre över sig själv. Vi tenderar även enligt Neff att bli arga och aggressiva mot dem som har sagt eller gjort någonting som får oss att känna oss dåliga. Strävan efter hög självkänsla kan uppmuntra oss att ignorera eller gömma personliga tillkortakommanden så att vi inte kan se oss själva klart och tydligt. I kontrast mot self-esteem baseras inte self-compassion på självvärdering. Människor upplever medkänsla för att alla människor förtjänar medkänsla och förståelse och inte för att de innehar någon särskilt personlighetsdrag som t ex söt, smart, talang etc. Detta innebär med self-compassion att du inte behöver känna dig bättre än andra för att känna att du är bra själv. Personliga misslyckanden tas emot med vänlighet och behöver inte gömmas. Self-compassion är inte beroende av yttre omständigheter. Forskning indikerar att i jämförelse med self-esteem associeras self-compassion med större emotionell motståndskraft, beteendet att bry sig om relationer, mindre narcissism och reaktiv ilska.

Baumeister, Campbell, Krueger och Vohs (2003) kritiserar i sin review artikel antagandet att en hög självkänsla leder till att personer lyckas med vad de företar sig och resonerar med stöd av olika artiklar att det kan vara tvärtom det vill säga att goda prestationer leder till hög självkänsla. Bowles (1999) fann i sin studie att korrelationen mellan hög självkänsla och skolprestationer inte indikerar att en hög självkänsla bidrar till goda studieresultat utan snarare tvärtom att fina skolprestationer leder till hög självkänsla. Studier med insatser att försöka höja skolungdomars självkänsla anses inte ha lett till högre prestationer i skolan (Baumeister et al., 2003). Man fann inte evidens för att det skulle finnas vinster i arbete med att stärka låg självkänsla genom t ex terapeutiska interventioner eller skolprogram riktat mot självkänsla. Istället rekommenderar forskarna att efter socialt önskvärt beteende och självförbättring använda beröm som belöning och att på det sättet söka stärka självkänsla. Studier visar även att det finns ett samband mellan låg självkänsla och depression oberoende av hur en individs stressfaktorer ser ut (Robinson, Garber & Hilsman, 1995). Hög självkänsla är inte en skyddande faktor som hindrar ungdomar från att börja röka, dricka, ta droger eller att tidigt inleda sexuella relationer (Burger & Burns, 1988; Gerrard, Gibbons, Reis-Bergan, & Russell, 2000; Glendinning, 1998; Smith, Gerrard & Gibbons, 1997). Snarare ses hög självkänsla fostra benägenhet att experimentera vilket i sin tur kan leda till att tidigt inleda sexuella relationer och att börja dricka (Gerrard et al., 2000).

Självkänsla vid psykiatrisk problematik. Aluja, Rolland, Garcia och Rossier (2007) beskriver i en artikel att tidigare forskning har visat på sambandet mellan personlighetsfaktorer och grad av självkänsla. Personer med en depressiv läggning tenderar att uppleva världen som en otrygg och svårkontrollerad plats. Denna uppfattning korrelerar med en lägre självkänsla. Vidare har forskning visat att även oro korrelerar med en lägre självkänsla.

Macinnes (2006) har studerat sambandet mellan grad av självkänsla, grad av självacceptans och förekomst av depression och ångest hos 58 psykiatriska patienter. Resultatet visar att gruppen hade lägre självkänsla och självacceptans än befolkningen i stort. Självkänslan tenderade att vara lägre hos patienter med svårare depression medan självacceptansen snarare korrelerade med det generella psykiska välbefinnandet.

I en meta-analys av forskning kring kombinationen av självkänsla och bipolär sjukdom konstaterar Kahr Nilsson, Jörgensen, Craig, Nielsen Straarup och Licht (2010) att självkänslan är signifikant lägre hos personer med bipolär sjukdom än hos kontrollgruppen. Ännu lägre självkänsla konstateras dock hos personer med dystymi. Huruvida den låga självkänslan hos personer med bipolär sjukdom är en del av sjukdomen eller en konsekvens

av de stora sociala och ekonomiska svårigheter som ofta följer med sjukdomen är inte känt. Personer med bipolär sjukdom har oftare än befolkningen i övrigt upplevt barndomstrauman vilket också skulle kunna påverka självkänslan i negativ riktning.

Ett antal studier (Frazier et al., 2011) har lyckats identifiera skyddsfaktorer mot PTSD-symptom efter upplevt trauma. En av dessa faktorer har funnits vara hög självkänsla innan den traumatiska upplevelsen ägde rum. Vidare har en optimistisk livssyn samt kombinationen av hög självkänsla och optimism visats sig vara skyddsfaktorer mot att utveckla PTSD efter trauma. Självkänslan mättes i studien med RSE (Rosenberg Self-esteem Scale).

Borton, Markowitz och Dieterich (2005) konstaterar i en artikel att forskning har visat att undvikande av negativa tankar har ett samband med uppkomsten och vidmakthållandet av en rad psykiska problem, såsom OCD, PTSD och depression. I sin studie ville de undersöka ifall det även finns ett samband mellan undvikande/undantryckande av negativa tankar och låg självkänsla. De fann att personer som försöker undvika negativa tankar om sig själva skattar en lägre självkänsla samt mer ångest- och depressionssymptom än de som har en mer accepterande inställning till sina negativa tankar. Tidigare forskning har visat att försök att undvika eller trycka undan negativa tankar snarare ökar deras förekomst, vilket är fallet vid tvångstankar (Asplund & Rosengren, 2012). Detta tycks alltså gälla även negativa tankar om den egna personen och negativa tankar om sig själv som man absolut inte önskar tenderar att öka i frekvens och intensitet om de försöker undvikas. Undvikande av negativa tankar om sig själv kan således vara en del i utvecklandet och vidmakthållandet av låg självkänsla såväl som vid depression- och ångestproblematik.

Aaron Becks modell (Beck & Alford, 2009) för depression, är centrerad kring den depressiva kognitiva triaden och beskriver mönster av negativa tankar om: a) ”Jaget/självet” med fokus på tankar kring skuld och självkritik b) ”Världen”, en negativ selektiv uppmärksamhet av tankar kring nuvarande och tidigare erfarenheter c) ”Framtiden” med pessimism och hopplöshet. Tolkning, perception och minnen av händelser färgas av det negativa synsättet och innebär att deprimerade personer noterar och tolkar information negativt som stämmer överens med det negativa synsättet samt lättare minns negativa händelser. Aaron Beck och Brad Alford (2009) beskriver vidare att deprimerade patienter ofta uttrycker negativa känslor riktade mot sig själva samt har en negativ attityd mot sig själva som till exempel: -Jag är värdelös. Författarna menar att låg självkänsla är vanligt hos deprimerade patienter och att det är ett övervägande fokus på de egna bristerna på områden som är särskilt viktiga för dem som t ex: möjligheter, utförande, intelligens, hälsa, styrka, attraktivitet, popularitet, ekonomiska resurser. Vidare har deprimerade personer ofta en

benägenhet för självanklagande och självkritik som t ex kan visa sig som självkritik om det tar lång tid att lösa en uppgift, om den respons från omgivningen som man önskar inte uppnås, anklagar sig själv för saker som inte har med individen att göra egentligen och i mer extrema fall kan individen själv ses som ansvarig för våld och lidande i världen. Beck och Alford (2009) menar även att innehållet i tänkandet påverkas av externa stimuli som kan leda till depressiva associationer som egentligen är oberoende av den externa situationen.

Skattningsformulär för självkänsla. Skattningsformuläret Rosenberg Self-esteem scale (RSE) är ett vanligt förekommande formulär vid mätning av självkänsla. Skalan utvecklades 1965 av Morris Rosenberg och självkänsla konceptualiserades i relation till attityder mot individen själv som en endimensionell konstruktion vid bedömning av global självkänsla (Rosenberg, 1965). Flera forskare har senare undersökt om skalan ska ses som endimensionell eller multidimensionell (Huang & Dong, 2012; Schmitt & Allik, 2005; Richardson, Ratner & Zumbo, 2009). Huang och Dong (2012) finner i sin metaanalys av 23 studier med sammanlagt ett urval på 32,491 personer gav generellt stöd för en två-faktor struktur där den ena faktorn är positiv självkänsla definierad av 5 positivt formulerade frågor i skalan och den andra faktorn är negativ självkänsla definierad av 5 negativt formulerade frågor. Däremot visade Schmitt och Allik (2005) i sin studie som administrerades till 16,998 deltagare från sammanlagt 53 länder, stöd för en endimensionell global självkänslafaktor i Rosenberg's SE skala. Rekommendationen som Huang och Dong (2012) ger är därför att fram till att det finns ytterligare stöd för positiva och negativa självkänslafaktorer i skalan betraktas den endimensionella vara den som ska användas vid mätning med Rosenberg. Vissa forskare har istället hävdade att skalan mäter två oberoende faktorer, nämligen självkompetens och självgillande. (Lindwall, 2011). Självgillande eller självacceptans är till stor del beroende av sociala faktorer, hur omtyckt man känner sig medan självkompetens snarare handlar om hur effektiv man är samt hur stor förmåga man har att påverka sin egen omgivning. (Lindwall, 2011).

Behandling av självkänsla. Fennell (1999) har utvecklat en kognitiv beteende terapeutisk (KBT) modell för arbete med sviktande självkänsla. I modellen ser man det som att av en persons livserfarenheter, som ofta, men inte alltid, görs tidigt i livet, formas ”grundantaganden” d v s individens ofta omedvetna uppfattning om sig själv t ex –Jag är inte tillräckligt bra, jag duger inte. Dessa grundantaganden som formas inom individen härstammar ofta från omgivningens åsikter och tilltal och blir till individens egna upplevelser om sig själv. Om denna bedömning av sig själv främst är negativ formas negativ självkänsla. Grundantaganden vidmakthålles av att individen uppfattar och uppmärksammar allt som är i

enlighet med de egna grundantaganden samt även förklarar och tolkar det man ser så att det stämmer överrens med uppfattningen om sig själv. Som svar på negativa grundantaganden utvecklas en strategi för att hantera vägen genom livet trots en negativ självkänsla och de svårigheter det innebär. Dessa strategier kallas livsregler och hjälper individen att ta hand om sig själv och må bättre trots tron på de negativa grundantaganden. Ett exempel på en livsregel är att -Jag måste göra allt korrekt för att bli något. Så länge dessa livsregler hålls aktiveras inte grundantaganden och individen hanterar omedvetet sin låga självkänsla. Om en livsregel hotas, t ex i en situation där individen är rädd att inte nå upp till de höga mål hon kräver av sig själv eller där omgivningen kritiserar resultatet, aktiveras grundantaganden och som följd av det får individen ångest. Om livsregeln bryts helt och individen upplever misslyckande skiftar responsen mot depression istället för ångest. Fennells behandlingsmodell innebär att försöka bryta vidmakthållandecirklar genom kognitiva tekniker och beteende experiment för bland annat ångest och depressiva symtom som ses som en effekt av låg självkänsla. Vidare är även fokus i modellen att förändra självkritiska tankar och öka självacceptansen. Ett arbete sker därefter med att omvärdera livsregler och att allteftersom arbeta med förändring av grunden för den sviktande självkänslan genom omvärdering av grundantaganden. I behandlingen sker även ett arbete med utvecklande av framtidsplaner. Vid behov sker även en bearbetning av eventuella barndomstrauman som också kan vara en del i formatet av scheman.

McManus, Waite och Shafran (2009) genomförde en fallstudie med Fennells KBT modell för sviktande självkänsla och beskrev arbetet med bedömning, fallformulering, och behandling med en patient som hade symtom på låg självkänsla, ångest och depression. Fallstudie visade en större effektstorlek vid för- och eftermätningar och vid ett års uppföljning avseende symtom på ångest, depression och låg självkänsla. Patienten uppfyllde efter behandlingen inte längre kriterierna för någon diagnos och uppvisade kliniskt signifikant förbättring på alla mätningar.

Fennells KBT modell för självkänsla användes även som behandlingsmodell i en studie av Waite, Shafran och McManus (2012). Studien hade 22 deltagare med två grupper fördelade på 11 deltagare som fick behandling med Fennells modell och 11 deltagare satta på väntelista. Behandlingen med Fennells modell omfattade tio sessioner individuell terapi. Resultatet av studien tydde på att gruppen som fick behandling med Fennells modell för självkänsla var signifikant förbättrade avseende funktion och depression och hade färre psykiatriska diagnoser efter avslutad behandling samt i postmätning 11 veckor efter behandling.

I en studie av Rasmussen och Pidgeon (2011) undersöktes sambandet mellan mindfulness (medveten närvaro), självkänsla och social ångest och man använde sig av

självskattningsformulären Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Rosenberg's SE skala (RS), samt Social Interaction Scale (SIAS) i sina mätningar. Korrelationsdata från urvalet av 205 Australiensiska högskolestudenter samlades in. Resultatet tydde på att högre nivåer i medvetenhet av mindfulness gav signifikant lägre nivåer av social ångest och effekten hade ett visst samband med den signifikant positiva effekten av nivåer av mindfulness på självkänsla. Resultatet tyder enligt författarna på att en medvetenhet av mindfulness signifikant gav högre nivåer av självkänsla och lägre nivåer av social ångest vilket man nämner i sin diskussion kan ge indikationen att mindfulnesssträning kan ha god effekt på låg självkänsla. Behandlingsinterventionerna syftade till att minska den negativa utvärderingen av den egna personen och till att öka acceptansen för sig själv. Mindfulnesssträning kan enligt författarna även tänkas vara hjälpsamt vid social ångest, om självkänslan förbättras i samband med träningen vilket i sin tur kan ha en positiv effekt på de negativa själv-scheman som vidmakthåller social ångest.

Lin et al. (2008) har i en behandlingsstudie med psykiatriska patienter studerat graden av självkänsla före och efter en gruppbehandling med fokus på "assertivness". Då självkänslan inte förbättrades signifikant av behandlingen påpekar de vikten av att behandling av självkänsla lyckas påverka flera olika aspekter av självkänslan. De föreslår vidare att behandling av självkänsla kräver längre behandlingstid än de åtta tillfällen som tillhandahölls inom ramen för studien samt att man bör studera vidare hur lång tid det tar innan en nyinlärd beteendepertoar assimileras med personens tidigare och möjligen påverkar självkänslan i positiv riktning.

Compassion focused therapy (CFT) enligt Paul Gilbert (2010) är en multimodal terapi modell som bygger på KBT. Metoden fokuserar på att avhjälpa svårigheter med till exempel självkritik och skam, åltande, beteenden, emotioner och inre föreställningar. I modellen används metoder vanliga inom KBT modeller som till exempel: sokratisk dialog, väglett upptäckande, psykoedukation för KBT modellen, arbete med tankar, känslor, fysiska sensationer, beteendexperiment och exponering. Mer specifikt för modellen sker arbete med imaginära övningar med fokus på self compassion, det vill säga medkänsla, som till exempel att uttrycka medkänsla till sig själv i skrift, förlåtelse, skilja på kritik som kommer från skam till att rätta sig själv med medkänsla, lära sig emotionell tolerans, mindfulness etc. CFT har fokus på affektreglering och självupplevelse för att möjliggöra en process mot förändring. Det är således en processorienterad metod snarare än fokus på psykologiska symtom då skam och självkritik ses som transdiagnostiska processer som förekommer i de flesta diagnoser.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka ifall självkänslan påverkas av KBT-behandling för depression- respektive ångesttillstånd samt om behandlingsframgång vid KBT för dessa tillstånd korrelerar med förändring av självkänsla.

Frågeställningar

Påverkas självkänslan (enligt Rosenbergs SE-skala) vid KBT-behandling för ångest- respektive depressionstillstånd?

Har behandlingsframgång (enligt skattningar på BAI respektive BDI) något samband med förändring av självkänsla (enligt Rosenbergs SE-skala)?

METOD

Design

Icke-experimentell design där självskattad självkänsla jämfördes före respektive efter KBT-behandling för patienter med depressions- eller ångesttillstånd.

Inklusionskriterier

Personer som deltagit i studien var utbildningspatienter på ett psykoterapeutprogram med inriktning KBT. I föreliggande studie inkluderades utbildningspatienter enligt följande kriterier:

1. ångest- och/eller depressionstillstånd.
2. över 16 år.
3. behandlades mellan januari 2012 och juni 2013.

Exklusionskriterier

Följande patienter exkluderades från deltagande i studien:

1. om de hade behandlingsfokus att arbeta med självkänsla med specifik metod t ex Fennells metod för sviktande självkänsla.
2. personlighetsstörningsdiagnos.
3. pågående alkohol- eller drogmissbruk.

Deltagare

Totalt deltog 52 utbildningspatienter i studien. Av dem var 17.3% män och 82.7% kvinnor. Patienternas ålder varierade mellan 16 och 58 år med en medelålder på 28.4 år.

Procedur

Utbildningspatienterna sökte vård för psykisk ohälsa vid olika öppenvårds-mottagningar på primärvårdsnivå, barnpsykiatri, vuxenpsykiatri samt habilitering och godkändes efter 3-6 bedömningssamtal av handledare som utbildningspatienter. Studenter vid psykoterapeutprogrammet administrerade i inledningen av bedömningssamtalen ett batteri av skattningsskalor (bland annat RSE, BDI och BAI) till utbildningspatienter som antingen fylldes i före sessionen, under sessionen eller efter sessionen. Därefter räknades ett resultat på respektive formulär fram och tolkades enligt vedertagna normer. Samma skattningsskalor fylldes sedan i vid sista sessionen och administrerades av studenterna före, under eller efter sista sessionen med samma förfarande i bearbetning som innan påbörjad behandling. Antal sessioner varierade mellan 3 till 18 gånger med ett medelvärde på 11.85 sessioner för de olika utbildningspatienterna men varade som längst i en och en halv termin. I inledningen av terapin, under bedömningssamtalen som var 3-6 gånger i antal, gavs information om vad det innebär att vara utbildningspatient, det vill säga att samtalen sträckte sig över en termin en gång per vecka och vanligast förekommande var 45-60 minuter långa samtal. Information gavs om att sessionerna spelades in med videokamera i utbildningssyfte men att dessa inspelningar raderas när utbildningen var avslutad. Samtyckesblankett administrerades av terapeutstudenten kring att vara utbildningspatient samt att de av utbildningspatienterna besvarade skattningsformulären kunde komma att analyseras och sammanställas. Efter bedömningssamtalen beslutade terapeutstudenten i samråd med handledare och utbildningspatient kring vilken KBT-modell som var aktuell för behandlingen. Behandlingen utfördes under handledning med relevant KBT-modell passande för den/de diagnoser som bedömningen lett fram till. I de fall där utbildningspatienten under bedömningsfasen uppfyllde flera psykiatriska diagnoser valdes det eller de problemområden som var mest angelägna att behandla ut.

Behandlingsupplägg för utbildningspatienterna i studien

En ganska stor del av utbildningspatienterna hade en psykiatrisk samsjuklighet och uppfyllde kriterierna för flera diagnoser. Således innehöll behandlingarna oftare behandlingsinterventioner från flera evidensbaserade behandlingsmodeller, än att de strikt

följde en modell för en viss diagnos. Hos patienter med depressionsdiagnos som exempelvis led av en låg självkänsla så var interventioner från behandlingar riktade mot låg självkänsla från till exempel Paul Gilbert (Gilbert, 2009) eller Melanie Fennell (Fennell, 1999). integrerade i behandlingen eller så låg fokus på kognitiv omstrukturering av negativa tankar enligt Beck (Beck & Alford, 2009). Nedan används ”behandlingsdiagnos” som syftar till den primära/ första diagnosen.

Patienter med depression som behandlingsdiagnos. KBT med beteendeaktivering som primär behandlingskomponent enligt Martell, Dimidjian och Herman-Dunn (2010). Från denna behandlingsmodell hämtades även strategier för problemlösning i många behandlingar. De flesta behandlingar hade även inslag av kognitiv omstrukturering, till exempel ifrågasättande av negativa tankar om sig själv, omgivningen och framtiden enligt Beck (Beck & Alford, 2009). Många behandlare använde sig även av interventioner som avslappning, acceptans och medveten närvaro i sina depressionsbehandlingar.

Patienter med olika ångestsyndrom. Social fobi. Behandling med utgångspunkt i Clarks kognitiva behandlingsmodell för social fobi med interventioner såsom beteendexperiment med syfte att minska de sociala säkerhetsbeteendena, kognitiv omstrukturering av negativa tankar, livsregler och grundantaganden, exponering för sociala situationer, övningar i att skifta uppmärksamhetsfokus, rollspel, social färdighetsträning samt videofeedback (Furmark et.al, 2006).

Paniksyndrom med agorafobi. Behandlingsmodell för paniksyndrom (Carlbring & Hanell, 2007) med interventioner som psykoedukation, interoceptiv exponering, beteendexperiment samt exponering utan säkerhetsbeteenden.

Tvångssyndrom. Exponering med responsprevention som innebär att stegvis minska sitt undvikande av det ångestväckande stimuli utan att utföra ritualer för minskad ångest. (Bates & Grönberg, 2010).

GAD. Wells behandlingsmodell för GAD (Wells, 1997) innehållande bland annat problemlösning, schemalagd grubbeltid, acceptans och ifrågasättande av orostankar. Metakognitiv terapi. Strategier för avslappning. Robert Leahys (Leahy, 2009) behandlingsmodell för oro med interventioner som orosdagbok, fokus på produktiv/improduktiv oro, orostund och acceptans. Wells (2009) kognitiva omstrukturering avseende typ 1 respektive typ 2-oro.

Ångestsyndrom UNS. Varierande interventioner från KBT-fältet utifrån den aktuella fallkonceptualiseringen/beteendeanalysen.

Instrument

Till samtliga utbildningspatienter administrerades före och efter behandling skattningsskalorna och bedömningsinstrumenten: BAI (Beck Anxiety Inventory), BDI (Beck Depression Inventory), Rosenberg's SE skala (Rosenberg Self-Esteem Scale), Stjärnbilden, LSWS (Satisfaction with life Scale) Hopplöshetsskalan samt DAS-17 (Dysfunctional Attitude Scale med 17 frågor). Vid behov lades även andra diagnosspecifika skattningar till. De formulär som användes i studien var BDI, BAI och Rosenberg's SE skala.

Primärt utfallsmått

Före- och eftermätning av självskattade poäng på RSE för mätning av självkänsla. Rosenberg's SE skala består av 10 påståenden på en Lickert fyra-poängskala som studiedeltagarna skattade själva. Påståendena mäter personens tankar om sig själv. Total poäng hamnar mellan 10-40 poäng där en högre poäng indikerar hög självkänsla och en lägre poäng indikerar låg självkänsla. Frågorna 1-5 poängsätts reversibelt. Medelvärdet för svensk population är 30 poäng (SD=6). En totalpoäng under 15 poäng indikerar låg självkänsla. En totalpoäng över 24 poäng indikerar en god självkänsla (Schmitt & Allik, 2005).

Sekundärt utfallsmått

Patienternas grad av depression mättes med BDI (Becks Depression Inventory II). BDI består av 21 grupper av påståenden med fyra svarsalternativ mellan 0-3 där 0 indikerar inga besvär och 3 mycket stora besvär (Beck, Steer & Brown, 2005). Det är avsett att mäta hur patienten har känt sig den senaste veckan inklusive samma dag som skattningen sker. Skalan används diagnostiskt för att avgöra huruvida en person uppfyller kriterierna för en depressionsdiagnos i dagsläget. Patienternas grad av aktuella ångestsymptom mättes med BAI (Becks Anxiety Inventory). BAI består av en lista över 21 vanliga symptom på ångest med fyra svarsalternativ mellan 0-3 där 0 indikerar inga besvär och 3 mycket stora besvär (Carlbring, 2014).

Dataanalys

Poängen på Rosenbergs SE-skala (RSE) före och efter behandling hos patienterna i studien beräknades. Hos de patienter som hade depression som huvuddiagnos jämfördes resultaten på BDI före och efter behandling. Hos de patienter som hade en ångestdiagnos som huvuddiagnos jämfördes resultaten på BAI före och efter behandling. Utbildningspatienternas förändringar mellan för- och eftermätningar analyserades med parade t-testningar. Vi

jämförde huruvida det fanns några samband mellan behandlingsframgång avseende depression respektive ångest och förändring i självkänsla enligt RSE. Effekttorlekar beräknades med hjälp av Cohen's d och klinisk signifikans operationaliserades i form av en förändring i utfallsmått motsvarande minst en standardavvikelse från gruppens ursprungliga medelvärde (Cochrane, 2009).

Etiska överväganden

I enlighet med de Forskningsetiska principerna inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning följdes de fyra huvudkraven, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 1990).

Informationskravet. Informationskravet beaktades genom att deltagarna informerades muntligt och skriftligt om hur skattningsskalorna skulle komma att användas. Deltagarna fick även information om att deras medverkan var frivillig, att de kunde avbryta sin medverkan när de så önskade samt att materialet kommer att utvärderas, granskas, analyseras och sammanställs.

Samtyckeskravet. Samtyckeskravet följdes genom att deltagarna efter att de fått muntlig och skriftlig information om studien skrev under en blankett om sitt godkännande. I de fall deltagarna var under 18 år inhämtades samtycke från vårdnadshavare.

Konfidentialitetskravet. Avseende konfidentialitetskravet var deltagarnas identiteter inte kända för författarna eftersom materialet avidentifierades av forskningsansvarig Anders Hammarberg, ansvarig för databasen.

Nyttjandekravet. Deltagarna informerades om att det avidentifierade materialet som samlades in skulle komma att utvärderas, granskas, analyseras, sammanställas och användas inom utbildningen vid Evidens som leder till psykoterapeutexamen.

Resultat

Syftet med föreliggande studie var att undersöka om självkänsla (enligt Rosenbergs SE-skala) påverkas vid KBT-behandling för ångest- respektive depressionstillstånd. Dessutom studerades huruvida behandlingsframgång vid behandling av depression och ångeststillstånd (enligt förändring i skattningar på BAI respektive BDI) har något samband med förändring av självkänsla.

Som synes i tabell 1 varierade utbildningspatienternas ålder mellan 16 och 57 år med en medelålder på 28.42 år. En majoritet (82.7%) av utbildningspatienterna var kvinnor. De flesta

var antingen gifta eller sambo (32.7%) respektive ensamstående (36.5%). Högsta avslutade utbildning var gymnasium för 42.3% av gruppen, grundskola för 36.5% samt universitet/högskola för 19.2% av gruppen. Den största andelen av utbildningspatienterna hade som sysselsättning arbete (44.2%) och studerande (38.5%). Pågående medicinering för psykiska besvär hade 53.8% av patienterna. Majoriteten av patienterna hade ingen neuropsykiatrisk diagnos (92.3%).

Tabell 1. Patientgruppens bakgrundsdata (n=52)

Variabel	
Ålder Medelvärde +-SD	28.42 år +-11.51 år
Kön (antal, %) Man Kvinna	9 (17.3%) 43 (82.7%)
Civilstatus (antal, %) Gift/sambo Ensamstående Särbo Minderårig	17 (32.7%) 19 (3.5%) 5 (9.6%) 11 (21.2%)
Högsta avslutade utbildning (antal, %) Grundskola Gymnasium Universitet/högskola Framkommer ej	19 (36.5%) 22 (42.3%) 10 (19.2%) 1 (1.9%)
Sysselsättning (antal, %) Arbetar Studerar Sjukskriven Föräldraledig Försörjningsstöd	23 (44.2%) 20 (38.5%) 5 (9.6%) 1 (1.9%) 3 (5.8%)
Medicinering för psykiska besvär (antal,%) Ja Nej Framkommer ej	28 (53.8%) 23 (44.2%) 1 (1.9%)
Neuropsykiatrisk diagnos (antal, %) Ja Nej	4 (7.7%) 48 (92.3%)

I tabell 2 redovisas att den största gruppen patienter (40.4%) har primärvården som ansvarig vårdgivare. Vuxenpsykiatri var ansvarig vårdgivare för 32.7%, barn- och ungdomspsykiatri för 25% och habilitering 1.9 % av patientgruppen. Andelen patienter med depression som behandlingsdiagnos var 26.9% (n=14) och andelen patienter med en ångestdiagnos som behandlingsdiagnos var 73.1% (n=38). De diagnoser som var representerade inom gruppen med ångestdiagnos är GAD (19.2%), Social fobi (15.4%),

Panikångest med agorafobi (5.8%), Agorafobi (7.7%), OCD (1.9%), PTSD (1.9%), Maladaptiv stressreaktion (5.8%) samt Ångestsyndrom UNS (15.4%). En majoritet av patienterna (78.8%) fullföljde behandlingen och antalet terapisesioner varierade mellan 3 och 18 med ett medelvärde på 11.85 sessioner.

Tabell 2. Behandlingsvariabler

Variabel	
Ansvarig vårdgivare (antal, %)	
Vuxenpsykiatri	17 (32.7%)
Primärvård	21 (40.4%)
Barn- och ungdomspsykiatri	13 (25%)
Habilitering	1 (1.9%)
Behandlingsdiagnos (antal, %)	
Depression	14 (26.9%)
GAD	10 (19.2%)
Social fobi	8 (15.4%)
Panikångest med agorafobi	3 (5.8%)
Agorafobi (enbart)	4 (7.7%)
OCD	1 (1.9%)
PTSD	1 (1.9%)
Maladaptiv stressreaktion	3 (5.8%)
Ångestsyndrom UNS	8 (15.4%)
Fullföljt behandlingen (antal, %)	
Ja	41 (78.8%)
Nej	11 (21.2%)
Antal terapisesioner	
Medelvärde+-SD	11.85+- 3.33

Tabell 3. Förändring i mått på depression och ångest respektive självkänsla.

Variabel	n	Före behandling	Efter behandling	Effektstorlek (enligt Cohens d)	Antal och % förbättrade ≥ 1 SD
RSE M \pm SD	40-50	26.36 \pm 7.370	27.33 \pm 7.963	0.3	17 (42.5)
BDI M \pm SD	46-52	21.87 \pm 11.701	12.37 \pm 11.795	0.9	20 (45.5)
BAI M \pm SD	45-52	25.00 \pm 11.153	14.64 \pm 12.393	1.0	21 (47.5)

RSE =Rosenbergs Self-Esteem Scale; BDI = Becks Depression Inventory; BAI=Becks Anxiety Inventory; M = medelvärde; SD = standardavvikelse; *p<.05; **p<.01; ***p<.001.

För att få en uppfattning om behandlingseffektens storlek genomfördes beräkningar i enlighet med Cohen's d (Cohen 1988). Värderingen av storleken av effekterna följde allmänna regler uppsatta för Cohens d vilket innebär att mindre än 0.2 uppfattas som ovidkommande, 0.2-0.5 uppfattas som ringa, 0.5-0.8 som måttligt och 0.8 eller större uppfattas som en stor effekt. I studien (Se tabell 3) framkommer en stor effekt enligt Cohen's d på utfallsmåtten BDI och BAI men en ringa effekt enligt Cohen's d för utfallsmåttet RSE.

Utbildningspatienterna har rapporterat lägre poäng på BDI respektive BAI efter behandling med i genomsnitt 10.61 (SD=10.41) poäng på BDI samt 10.56 (SD=10.91) poäng på BAI. Patienterna rapporterade en högre poäng på Rosenberg SE-skala med i genomsnitt 2.000 (SD=5.54) poäng.

Tabell 4. Korrelationstabell

		DifBAI	DifBDI	DifRSE
DifBAI	Pearson	1	.57**	-.20
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)		.00	.24
	N	45	45	38
DifBDI	Pearson	.57**	1	-.41**
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)	.00		.01
	N	45	46	39
DifRSE	Pearson	-.20	-.41**	1
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)	.24	.01	
	N	38	39	39

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Statistiskt signifikant förbättring

T-testningar visade signifikanta skillnader i medelvärde före och efter behandling på samtliga tre utfallsmått, RSE, BDI samt BAI. Tabell 3 visar värdena för primära (RSE) och sekundära (BDI och BAI) utfallsmått. Parade t-testningar visade att deltagarna rapporterade högre poäng på RSE ($t(38)=-2.25$, $p<.030$) och högre poäng på BDI ($t(45)=6.91$, $p<.000$) respektive BAI ($t(44)=6.499$, $p<.000$) efter genomförd KBT-behandling jämfört med innan behandling.

Förändring i RSE och förändring i BDI = -.41 vilket visar på en signifikant korrelation, det vill säga en högre poäng på RSE, förbättrad självkänsla korrelerar med en minskad poäng på BDI, minskad grad av depression.

Kliniskt signifikant förbättring av utfallsmåtten

Efter KBT-behandling hade 17 (42.5%) förbättrats signifikant enligt det primära utfallsmåttet RSE (Se tabell 3). För de sekundära utfallsmåtten BDI och BAI var motsvarande andelar 20 personer (45.5%) respektive 21 personer (47.5%).

Prediktorer av kliniskt signifikant förbättring av psykisk hälsa

En regressionsanalys genomfördes för att identifiera prediktorer för förbättring i psykisk hälsa under behandlingstiden. Beroende variabel var skillnaden i medelvärde före och efter

behandling på de tre utfallsmåtten, RSE, BDI samt BAI. Som oberoende variabel, eller potentiell prediktor för behandlingsframgång, valdes följande variabler ut: Kön, ålder, utbildningsnivå samt antal sessioner. Regressionsanalyserna påvisade i stort inga prediktorer för förbättring i psykisk hälsa enligt BDI, BAI och RSE (n.s.). Det fanns en tendens ($p=.06$) till att variabeln kön bidrog till förändringen i behandlingsutfall på BDI. Män förbättrades i högre utsträckning än kvinnor som deltog i studien, vilket bekräftades genom en post-hoc analys (parat t-test) ($p<0.05$).

Diskussion

Resultaten i föreliggande studie visade en förbättring av självskattad självkänsla, depression och ångest efter genomgången KBT-behandling. Resultatet visade vidare en korrelation mellan förbättring i självkänsla och minskad depression. Definitionen på symtomminskning för förbättring var <-1 standardavvikelse. Det har varit svårt att hitta andra studier som undersökt hur KBT-behandling för depression och ångest påverkar självkänslan. En förklaring till att deltagarna i studien förbättrades på alla tre utfallsmått kan vara att KBT-behandling för ångest- respektive depressionstillstånd angriper problemområden som negativa tankar, nedsatt problemlösningsförmåga, relationsproblem samt beteendeproblematik med flera. Svårigheter inom dessa och liknande områden påverkar sannolikt den egna självkänslan negativt.

Borton, Markowitz och Dieterich (2005) fann samband mellan försök till undvikande av negativa tankar och låg självkänsla. I enlighet med deras fynd kan man tänka att arbete med utbildningspatienternas undvikandebeteende och undvikande av negativa tankar som är en viktig del i all KBT-behandling kan vara en ytterligare förklaring till att deltagarna förbättrades på de tre utfallsmåtten.

I behandlingsrapporterna över samtliga i studien deltagande patienter framgår att terapeuterna (studenter på psykoterapeutprogrammet) använt sig av olika behandlingsmodeller och interventioner inom det kognitiva och beteendeterapeutiska fältet. Sannolikt har negativa tankar om den egna personen och känslor av misslyckande ofta behandlats utifrån en depressionsdiagnos- eller ångestdiagnos med följderna att även självkänslan stärkts. Flera studier har visat att det snarast är så att egna framgångar stärker den egna självkänslan snarare än att personer med hög självkänsla lyckas med det de företar sig i högre utsträckning (Baumeister, et al., 2003; Bowles, 1999). Forskning har vidare visat att oro

korrelerar med en lägre självkänsla vilket skulle kunna indikera att en framgångsrik behandling för oro med KBT sannolikt även påverkar självkänslan positivt. Dock framkommer det inte något samband mellan behandlingsframgång för utbildningspatienter med en ångestdiagnos och förbättrad självkänsla den genomförda studien.

Tidigare studier (Beck & Alford, 2009) beskriver att deprimerade patienter ofta uttrycker negativa känslor riktade mot sig själva och att de ofta har en upplevelse av att ha misslyckats inom områden som är viktiga för dem. Studier (Macinnes, 2006) visar vidare att personer med psykiatriska problem har en lägre självkänsla och lägre grad av självacceptans än befolkningen i övrigt. Personer med svår depression visade sig ha den lägsta graden av självkänsla. Eftersom psykiatriska problem generellt och depressiva besvär i synnerhet således korrelerar med låg självkänsla är det hoppfullt att dessa personer i föreliggande studie förbättrats både avseende sin depression och sin låga självkänsla av KBT för depression. Studien är dock av begränsad omfattning vad gäller antal deltagare. Tidigare forskning har alltså snarare sett samband mellan depression och låg självkänsla än mellan ångesttillstånd och låg självkänsla. Föreliggande studie uppnådde heller inte en korrelation mellan framgång i KBT-behandling för ångesttillstånd och förbättring av självkänsla även om resultatet försiktigt pekar på ett visst samband även där.

Resultatet i den genomförda studien som visade på ett samband mellan förbättrad självkänsla och minskad depression väcker frågor kring om t ex arbetet med negativa automatiska tankar i Becks behandlingsmodell för depression kan ha varit den intervention som innebar att självkänslan förbättrades så mycket i den gruppen. I Becks modell uppfattas deprimerade personer ha en benägenhet för självkritiska tankar. Arbetet med självkritiska tankar finns med i behandlingsmodeller för låg självkänsla (Fennell, 1999) och i arbete med att utveckla medkänsla för sig själv och omgivningen (Gilbert, 2010; Neff, 2003). Finns det ett samband mellan dessa behandlingsmodeller i att arbeta med självkritiska tankar och att det kan lyftas ut som en gemensam komponent? Vidare studier kring det skulle vara av intresse för forskningsområdet.

Det skulle vara av intresse att studera om man kan finna samband mellan förbättring av självkänsla och minskad ångest om ångestgruppen i en studie begränsas till t ex diagnosen GAD och behandlas med en mer specifik behandlingsmodell som t ex Wells kognitiva modell för GAD.

Studier med fokus på Becks kognitiva behandlingsmodell för depression och förbättring av självkänsla skulle vara av intresse om man kan differentiera ut betydelsen av arbetet med självkritiska negativa tankar och dess betydelse för en förbättrad självkänsla.

Flera begränsningar finns i den genomförda studien då det är relativt få antal deltagare och framförallt ett fåtal män. En begränsning är också att utbildningspatienterna har behandlats med olika behandlingsmodeller. Dock har samtliga utbildningspatienter fått behandling enligt KBT-metod anpassade för individen. Andra begränsningar är att eftersom ingen kontrollgrupp har funnits med i studien är det oklart huruvida eventuella förbättringar kan ske spontant, om interventioner genomförda inom de olika behandlingsmodellerna påverkat t ex CFT för medkänsla, om terapeutvariabler påverkat som t ex god allians mellan patient och terapeut, grundkompetens och erfarenhet.

Andra behandlingsstudier genomförda med utbildningspatienter och studenter vid psykoterapeut program har inte kunnat identifieras och det skulle vara av intresse för forskningsområdet om kommande studier genomförs med utbildningspatienter med psykoterapeutstudenter som behandlare. Detta för att jämföra den typen av forskning med varandra men även med annan typ av forskning genomförda med legitimerade psykoterapeuter och/eller psykologer inom öppenvårdsmottagningar.

Det väcks frågor kring om det vanligt förekommande önskemålet i terapier om att få hjälp med att höja självkänslan är rätt väg att gå. Behövs behandlingsmetoder riktade direkt mot självkänsla? Den aktuella studien tyder på att självkänsla förbättras vid KBT-behandling för depression. Kan det vara så att låg självkänsla är en aspekt som förekommer inom de flesta diagnoser och att det i så fall behövs riktade interventioner för förbättring av självkänsla inom t ex behandling av ångestdiagnoser som inte på samma sätt som Becks kognitiva behandling för depression riktar sig mot negativa tankar/självkritiska tankar? Gilbert beskriver i sin modell för CFT att självkritik ses som en transdiagnostisk process som förekommer vid de flesta diagnoser. Självkritik är en central del i låg självkänsla som kan förklara varför Becks modell är hjälpsam i arbetet med tankar.

Kan det finnas risk för som Neff (2003) antyder att vi människor i den moderna västkulturen har fokus på att jämföra oss med andra och att ett arbete med att höja självkänsla riskerar ha fokus på att vara bättre än andra med riktning mot ett narcissistiskt, självabsorberande beteende. Ett behandlingsfokus på medkänsla om sig själv och andra skulle i så fall vara i en mer accepterande riktning och som inte är beroende av yttre omständigheter och som leder till större emotionell motståndskraft, har fokus på relationer och inte premierar personlighetsdrag som utseende, intelligens etc utan tolerans istället. Mer forskning behövs för att bringa klarhet inom området.

Lindwall (2011) beskriver att det finns stora risker till försämrat psykiskt mående då man ständigt jagar efter en bättre självkänsla. Både individer med hög respektive låg

självkänsla tenderar att vara på jakt efter de kickar en förbättrad självkänsla kan ge. Personer med narcissistiska tendenser i sin personlighet respektive deprimerade personer blir ofta engagerade i att försöka höja sin självkänsla. (Lindwall, 2011). Jakten på självkänsla kan ge kortsiktiga positiva belöningar som gör att självkänslan kan upplevas som starkare. På längre sikt kan dock jakten på en högre självkänsla riskera att flytta fokus från lyhördheten inför andra och relationen till dem samt från de svårigheter och problem som faktiskt finns och som skulle behöva lösas. Risken med förenklade interventioner skulle kunna vara att de uppmuntrar ett ytligt positivt tänkande som främjar undvikande av negativa tankar vilket visat sig korrelera med en lägre självkänsla (Borton, Markowitz och Dieterich, 2005).

Sammanfattningsvis tycks självkänsla vara ett högst aktuellt begrepp och en parameter i den egna personligheten som många vill förbättra. Det saknas heller inte populärvetenskapliga och snabba lösningar på marknaden. Således är det angeläget att fortsätta studera vad självkänsla egentligen är, vilka interventioner som verkligen kan förbättra den samt vilka vinster man kan hoppas på respektive förluster man riskerar att göra då man försöker förbättra den.

Den sammanfattande slutsatsen av den aktuella studien är att KBT för depression och olika ångestsyndrom anses vara en effektiv och framgångsrik behandlingsmetod i enlighet med tidigare studier. KBT för depression tycks även ha en god effekt på att förbättra självskattad självkänsla. Det har framkommit ett vidare behov av vetenskapliga studier som undersöker hur KBT-behandling för depression och ångest påverkar självkänslan. Den aktuella studien bidrar således till forskningsområdet men det behövs fler studier för att kunna säkerställa om fynden står sig vid replikering.

Referenser

- Aluja, A., Rolland, J. P., Garcia, L. F., & Rossier, J. (2007). Dimensionality of the Rosenberg self-esteem scale and its relationships with the three- and the five-factor personality models. *Journal of Personality Assessment*, 2, 246-249.
- Asplund, M., & Rosengren, E. L. (2012). *Fri från tvång*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bates, S., & Grönberg, A. (2010). *Om och om igen – att behandla tvångsproblem med KBT*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression. Causes and Treatment. Second edition*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2005). *BDI-II. Beck depression inventory. Second edition. Manual. Svensk version*. Sandviken, Sweden: Psykologiförlaget.
- Borton, J. L. S., Markowitz, L. J., & Dieterich, J. (2005). Effects of suppressing negative self-referent thoughts on mood and self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 172-190.
- Bowles, T. (1999). Focusing on time orientation to explain adolescent self concept and academic achievement: Part II. Testing a model. *Journal of Applied Health Behaviour*, 1, 1-8.
- Burger, J. M., & Burns, L. (1988). The illusion of unique invulnerability and the use of effective contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 264-270.
- Carlbring, P. (2014). *fbanken*. Hämtad 23 maj, 2014, från [http:// www.fbanken.se](http://www.fbanken.se).

- Carlbring, P., & Hanell, Å. (2007). *Ingen panik. Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cochrane. (2009). www.cochrane.org
- Cohen, J. (1988). 2nd ed. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fennell, M. (1999). *Høj din självkänsla med kognitiv beteendeterapi*. London: Robinson Publication.
- Frazier, P. A., Gavian, M., Hirai, R., Park, C., Tennen, H., Tomich, P., & Tashiro, T. (2011). Prospective predictors of posttraumatic stress disorder symptoms: Direct and mediated relations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *1*, 27-36.
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthar, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). *Social fobi. Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Reis-Bergan, M., & Russell, D. W. (2000). Self-esteem, self-serving cognitions, and health risk behaviour. *Journal of Personality*, *68*, 1177-1201.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. London and New York: Routledge, Taylor and Francis group.
- Glendinning, A. (1998). Family life, health and lifestyles in rural areas: The role of self-esteem. *Health Education*, *2*, 59-68.
- Huang, C., & Dong, N. (2012). Factor structures of the Rosenberg self-esteem scale. A meta-analysis of pattern matrices. *European Journal of Psychological Assessment*, *28*, 132-138.
- Leahy, R. L. (2009). *Ångestfri. Bli av med dina rädslor och fobier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lin, Y. R., Wu, M. H., Yang, C. I., Chen, T. H., Hsu, C. C., Chang, Y. C., Tzeng, W. C., Chou, Y. H., & Chou, K. R. (2008). Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 2875-2883.

- Lindwall, M. (2011). *Självkänsla - Bortom populärpsykologi och enkla sanningar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Macinnes, D. L. (2006). Self-esteem and self-acceptance: an examination into their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*, 483-489.
- Makower, I. (2008). Att bygga upp självkänslan med hjälp av KBT. *Psyisk Hälsa 2, 28*, 22-34.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression. A clinician's guide*. London: The Guilford Press.
- McManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 266-275.
- Neff, C. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*, 85-101.
- Nilsson Kahr, K., Jörgensen, C. R., Craig, T. K. J., Nielsen Straarup, K., & Licht R. W. (2010). Self-esteem in remitted bipolar disorder patients: a meta-analysis. *Bipolar Disorders, 12*, 585-592.
- Rasmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress & Coping, 24*, 227-233.
- Richardson, C. G., Ratner, P. A., & Zumbo, B. D. (2009). Further support for multidimensionality within the Rosenberg self-esteem scale. *Curr psychol, 28*, 98-114.
- Robinson, N. S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of abnormal psychology, 104*, 453-463.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.

- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 4*, 623-642.
- Smith, G. E., Gerrard, M., & Gibbons, F. X. (1997). Self-esteem and the relation between risk behavior and perceptions of vulnerability to unplanned pregnancy in college women. *Health Psychology, 16*, 137-146.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest, 2010-3-4*.
- Tanner, S., & Ball, J. (2014). *Att ta sig upp när man är nere. Självhjälp vid depressioner*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Vetenskapsrådet (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Humanistiska vetenskapliga rådet.
- Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behaviour therapy and experimental psychiatry, 43*, 1049-1057.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practical guide*. UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. London: The Guilford Press.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). 2nd ed. *An introduction to Cognitive Behaviour Therapy. Skills and Applications*. London: Sage Publications Ltd.